NOV 16 1897
LELAND STANFORD JR. — LIBRARY

Ueber Zwangsvorstellungen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 20. JULI 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst Gelinsky

aus Danzig.

OPPONENTEN:

Herr Dd. med. Theodor Sohler.
- Dd. med. Karl Schlayer.
- cand. rer. ing. Paul Gelinsky.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Seinen lieben Eltern

in dankbarer Verehrung gewidmet

vom

Verfasser.

Ob eine Vorstellung längere oder kürzere Zeit in unserm Bewusstsein verweilt, denkt man sich gewöhnlich von unserer Willkür abhängig, und die meisten Menschen glauben ihren Gedanken diejenige Richtung geben zu können, welche sie wünschen. Wenn diese Voraussetzung schon bei denjenigen Menschen nicht zutrifft, welche der geistigen Gesundheitsbreite angehören, so wird sie vollends hinfällig bei den eigentümlichen Zuständen des Gedankenablaufs, die unter dem Namen „Zwangsvorstellungen" wohl am bekanntesten sind.

Die Zwangsvorstellungen sind Störungen des Vorstellungsablaufs, welche trotz überwiegender richtiger Urteilsassociationen sich dem Kranken immer wieder aufdrängen, von dem Befallenen als fremd erkannt werden und von unangenehmen Sensationen begleitet sind.

Die Ursachen, welche diesen Zustand zustande bringen, liegen teils in äusseren Schädlichkeiten, die den Kranken treffen, teils ist es eine ererbte Veranlagung, die das Auftreten dieser Erscheinung ermöglicht.

Als ganz vorübergehende Zufälle findet man die Zwangsvorstellungen bei gesunden Individuen nach anstrengender geistiger Thätigkeit, Nachtwachen und Excessen. Sie kann sich auch später nach schweren erschöpfenden Krankheiten, wie Typhus, Cholera, schwerem Gelenkrheumatismus, nach Gravidität und Puerperium entwickeln. Auch spielen geschlechtliche Ausschweifungen, Onanie, moralische Verirrungen, heftige Gemütsaufregungen und plötzlicher Schreck eine gewisse Rolle. Ebenso kann die ein Individuum zur Zeit ungewöhnlich beherrschende, sogenannte prädominierende Idee den Ausgangspunkt bilden.

Oft ist ein Grund nicht nachweisbar. In anderen Fällen genügt die physiologische Entwicklung, um den Ausbruch der Krankheit zu veranlassen, und wir haben es dann durchweg mit krankhaft angelegten Persönlichkeiten zu thun. Bei ihnen fällt uns überall die Mischung von gesunden und krankhaften Zügen, der Mangel an Einheitlichkeit im Seelenleben auf. Namentlich sind es Widersprüche zwischen der Klarheit und Folgerichtigkeit des Denkens einerseits, unvermittelten Sinnesschwankungen und Absonderlichkeiten des Handelns andererseits, welche den Eindruck des Unausgeglichenen, Verschrobenen erwecken. Wenn irgendwo, so ist es hier Berechtigung von einer Entartung zu sprechen, und man hat daher diese Individuen als Entartungsirre bezeichnet.

Wir finden die Zwangsvorstellungen hauptsächlich bei intelligenten, leistungsfähigen, ja hoch entwickelten Menschen. Ein Geschlecht ist nicht prädisponiert. Die ersten Anfänge fallen häufig in die Zeit der Pubertät. Ausgesprochene Zwangsvorstellungen kommen namentlich bei folgenden Krankheiten vor: bei Neurasthenie, Melancholie, vor allem aber bei dem Irresein durch Zwangsvorstellungen oder nach Kraepelin dem Zwangsirresein. Auf den ersten Blick kann letzteres Leiden den Eindruck einer umgrenzten Krankheit machen, bei genauerer Betrachtung ergiebt sich jedoch, dass die tieferen Wurzeln in der gesamten Veranlagung des Kranken liegen und dass die ersten Andeutungen desselben in eine Zeit zurückreichen, in welcher noch Niemand an die Möglichkeit einer geistigen Erkrankung dachte.

Aus dem Vorkommen der Zwangsvorstellungen bei allen oben genannten Zuständen hat man sie entgegen der Westphalschen Definition als Symptome geistiger Störungen angesprochen und mit dem abgekürzten Namen des Zwangsirreseins diejenigen Formen des Entartungsirreseins bezeichnet, bei denen Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen das Krankheitsbild beherrschen.

Alle angeborenen und erworbenen Ursachen haben nun isoliert oder vereint wirkend auf die nervösen Centren

einen deprimierenden Einfluss, welcher den Tonus und die Energie derselben unterdrückt. Man findet in allen von verschiedenen Autoren angegebenen Erklärungen als gemeinsames Merkmal der Zwangsvorstellungen, dass der fortwährende und unwiderstehliche Reiz zur Wiederholung derselben Thaten und Gedanken auf einem organischen Substrat beruht, das ohne Unterbrechung dieselben Eindrücke wiederkehren lässt. Ihre Entstehung kann durch psychologische Weckung der Vorstellung, durch Ideenassociation erfolgen, sie kann durch physiologische, das physische Organ treffende Reize geweckt und unterhalten sein. Unter allen Umständen handelt es sich um einen Zustand reizbarer Schwäche im centralen Nervensystem, als Teilerscheinung eines zeitig oder dauernd funktionellen Schwächezustandes im Gehirn, das heisst um eine trophische Anomalie der Ganglienzellen, vermöge deren sie nur Schaden bringende Produkte aus ihrem Ernährungsmaterial zu erzeugen vermögen. Daraus erklärt sich die Leichtigkeit, womit Irradiationen und Reflexe, deren wichtigste Auslösungsgebiete die urogenitale und vegetative Sphäre und das Gehirn sind, zustande kommen. Meynert erklärt sie aus der Schwäche der Cortex und den Reizzuständen der subcorticalen Organe entstanden. Wegen jener Invalidität, fehlerhaften Chemismus und Physiologie der Rinde kann die funktionelle nutritive Attraktion nicht regelmässig vor sich gehen, sondern einzelne Ganglienzellengruppen, durch fortwährende subcorticale Erregungen gereizt, ziehen das Nahrungsmaterial vorwiegend an sich, dominieren daher im Bewusstsein und bilden den Kern des ganzen Associationsablaufs. Flechsig lokalisiert sie in die Körperfühlsphäre.

Was nun das Verhältnis der Zwangsvorstellung zu der Gefühlsbetonung betrifft, so lässt Westphal sie in der intellektuellen Sphäre entstehen und keine emotive Grundlage haben. Erst sekundär treten nach ihm Angstgefühle auf durch Bewusstsein des Zwanges, durch den Inhalt, durch Hemmung oder infolge der versuchten Unterdrückung. Demgegenüber führt Grashey aus: Ent-

scheidend für die Dauer der Vorstellung in unserm Bewusstsein ist die Wichtigkeit, die wir der Sache zuerkennen, je wichtiger uns ein bevorstehendes Ereignis erscheint, umsomehr wird sich der Gedanke an dasselbe in den Vordergrund unsres Bewusstseins drängen, und je länger wir ein bevorstehendes Ereignis für wichtig halten, umso länger wird sich der Gedanke an dasselbe in unsrem Bewusstsein erhalten; je gleichgültiger uns dagegen ein Vorgang erscheint, umso weniger wird der Gedanke an denselben in den Vordergrund unsres Bewusstseins treten, umso leichter wird er aus dem Bewusstsein verschwinden. Dieses alles trifft aber nur dann zu, wenn noch ein zweiter Faktor in Wirksamkeit tritt, ein Faktor, welchen man oft übersieht; es ist die Gefühlsbetonung, welche sich an jede Sinnesempfindung, Vorstellung, Wahrnehmung, an das Produkt jeder Verstandsoperation knüpft. Beim psychisch Gesunden folgen diese Gefühlsbetonungen in zuverlässiger und prompter Weise und demnach gestaltet sich der Hergang bei ihm in folgender Weise: So oft er es nach seinem Ermessen mit einem wichtigen Gegenstande zu thun hat, sagt ihm nicht blos sein Verstand, dass die betreffende Sache wichtig sei, sondern er wird auch von seinem Gefühl, von seiner Stimmung erfasst, welche der Wichtigkeit der Sache entspricht, und so lange dieses Gefühl und diese Stimmung dauert, bleibt der betreffende Gedanke in seinem Bewusstsein und er kann ihn erst dann wieder los bekommen, wenn diese Stimmung sich ändert, abnimmt oder zunimmt.

Wie ändert sich nun eine bestimmte Gemütsstimmung? Sieht man von den Stimmungsänderungen ab, welche von rein somatischen Vorgängen abhängen, so sind Verstandesthätigkeit und neue Wahrnehmungen am meisten geeignet, Stimmungsänderungen zu bewirken. Wird der psychisch Gesunde von irgend einer Nachricht oder Vorstellung in der einen oder andern Richtung mächtig in seinem Gemüte affiziert, so bemächtigt sich alsbald seine Verstandesthätigkeit dieser Vorstellung oder dieser Nachricht, das Produkt jeder Verstandesoperation ist von einer Gefühlsbetonung

begleitet und diese neuen Gefühlsbetonungen wirken auf die erste Affektion des Gemüts entweder ausgleichend und annullierend oder bestätigend und verstärkend. Wirken sie ausgleichend, dann verschwindet die Vorstellung wieder aus dem Bewusstsein, haben aber alle Verstandesoperationen, alles weitere Nachdenken über den Gegenstand immer dasselbe Resultat, immer dieselbe Gefühlsbetonung im Gefolge, so bringen wir den primären Gedanken nicht aus dem Bewusstsein, der Verstand bestätigt dann gewissermassen den ersten Eindruck. In diesem Falle finden wir das Verweilen des Gedankens in unserem Bewusstsein deshalb ganz in Ordnung, weil die primäre Gefühlsbetonung, welche einer Vorstellung folgte, ganz in Uebereinstimmung sich befindet mit den Gefühlsbetonungen unsrer nachfolgenden Verstandesoperationen.

Diese Erfahrung, dass wir durch Nachdenken und Ueberlegen, durch Verstandesoperationen und die sich anschliessenden Gefühlsbetonungen eine primäre Gefühlsbetonung und Gemütsstimmung und mit ihr auch die primären Vorstellungen beseitigen oder festhalten können, giebt uns die Ueberzeugung, dass wir unserer Gedanken Herr sind.

Wie ist es möglich, dass eine Vorstellung durch die sich anschliessenden Gefühlsbetonungen in den Vordergrund des Bewusstseins gedrängt werde, und wie kommt es, dass eine unbestimmte Vorstellung sich nicht verscheuchen lässt und den normalen Ablauf der Vorstellung hindert und durchkreuzt?

Ist eine Vorstellung von einer Gefühlsbetonung begleitet, wie wir sie bei wichtigen und interessanten Dingen zu haben pflegen, so wird die Vorstellung in den Vordergrund unsres Bewusstseins gedrängt; findet diese Gefühlsbetonung und die sich anschliessende Gemütsstimmung durch die Gefühlsbetonung der nachfolgenden Verstandesoperationen keine Ausgleichung, so lässt sich die primäre Vorstellung aus dem Bewusstsein nicht verdrängen.

Am nächsten liegt die Möglichkeit, dass die auf eine Vorstellung folgende primäre Gefühlsbetonung und Gemütsstimmung nicht beeinflusst wird von den Gefühlsbetonungen

der nachfolgenden Verstandesoperationen, und zwar deshalb nicht, weil entweder an die Verstandesoperationen gar keine Gefühlsbetonungen sich anschliessen, oder weil die sich anschliessenden Gefühlsbetonungen zu schwach sind, um die der Vorstellung folgende primäre Gefühlsbetonung und Gefühlsstimmung zu modifizieren oder auszugleichen. Tritt diese Störung ein, so wird irgend eine Vorstellung, welche von der Gefühlsbetonung des Wichtigen, Bedeutungsvollen, Interessanten begleitet ist, in den Vordergrund des Bewusstseins treten und sich aus dem Bewusstsein nicht verscheuchen lassen, obwohl Verstand, Raisonnement und Ueberlegung sich übereinstimmend dahin aussprechen, dass dieser Vorstellung gar keine Wichtigkeit zukomme, dass es lächerlich sei, mit derselben sich zu beschäftigen.

Eine zweite Möglichkeit, gewisse Vorstellungen in den Vordergrund des Bewusstseins zu treiben und daselbst zu erhalten, ist gegeben durch das Auftreten einer bestimmten krankhaften Gemütsstimmung, welche in ihrem krankhaften Charakter verwandt ist der krankhaften Stimmung der Melancholischen, der Maniakalischen und Verrückten, von diesen Gemütsalterationen aber sich qualitativ wesentlich unterscheidet. Eine solche krankhafte Gemütsstimmung ist die der Zweifler, Grübler und Skrupulanten. Solche Kranken werden nicht von der einen oder anderen Zwangsvorstellung gequält, sondern fort und fort von einer vielfach sich ändernden Reihe von Vorstellungen. Ihr Ideenkreis ist gleich dem der Melancholiker und Paranoiker eingeschränkt auf bestimmte Gebiete. Ihr Verstand arbeitet wie der der Melancholiker und Paranoiker mit Vorstellungen einer Färbung und fordert nur Produkte gleicher Färbung zu Tage, deren Gefühlsbetonungen eben deshalb nicht geeignet sind, die krankhafte Stimmung abzuschwächen, sie arbeiten sich, je mehr sie denken und überlegen, umso tiefer in ihre krankhafte Gemütsstimmung hinein.

Eine dritte Möglichkeit, den Vorstellungsablauf eines Individuums zu stören, ist dadurch gegeben, dass sich an gewisse, von aussen kommende Eindrücke und Wahr-

nehmungen qualitativ und quantitativ abnorme Gefühlsbetonungen knüpfen, welche gewöhnlich eine ängstliche Gemütsstimmung hervorrufen, die nur so lange dauert, als der veranlassende äussere Eindruck vorhanden ist.

Auf diesem Wege kommen einzelne der sogenannten Phobien, wie Platzangst, Höhenfurcht und ähnliche zustande. Diese sind dadurch ausgezeichnet, dass sich an gewisse äussere Eindrücke eine so mächtige ängstliche Erregung anschliesst, dass alle Ueberlegung und Selbstbeherrschung schwindet, bis der äussere Eindruck vorüber ist.

Es bedarf allerdings die Zwangsvorstellung nicht absolut eines emotiven Moments zu ihrer Erregung, aber sicher kommt sie häufig genug auf Grundlage einer solchen zustande.

Aber auch wenn eine Emotion als Ursache oder in Begleitung einer Zwangsvorstellung nicht vorkommt, so ist sie doch stets die Folge derselben auf Grund der hemmenden Störung der Zwangsvorstellungen im geistigen Mechanismus. Entsteht eine Zwangsvorstellung nur durch mechanische Wiederholung und Aufdrängen eines und desselben Gedankens, wodurch eine oder einige Vorstellungen auf der Schwelle des Bewusstseins ausschliesslich für längere Zeit erhalten werden, so bedingt, wie Wille hervorgehoben hat, dieser erhöhte Schwellenwert ein Zurückdrängen und Zurückstauen andrer Vorstellungen, die dadurch an ihrem Eintritt ins Bewusstsein gehindert werden. Es ist also derjenige abnorme Zustand entstanden, den man Hemmung des Vorstellungsmechanismus nennt.

Es ist eine Art psychologischen Erfahrungssatzes, dass Hemmungen im geistigen Mechanismus je nach dem Grade ihrer Intensität von Empfindungen des Unbehagens, des Druckes, schliesslich der Angst begleitet werden. Die gemütlichen Missstimmungen sind direkte Folgen des gehemmten Vorstellungsmechanismus. Es enthalten dadurch die mit Zwangsvorstellungen verbundenen Krankheitszustände ein wesentlich emotives Element. Wir haben somit zwei Quellen abnormer Gefühlsvorgänge kennen gelernt: Einmal die Emotion als Ursache der Zwangsvorstellungen über-

haupt in manchen Fällen, dann das allgemeine Vorkommen psychischer Dysästhesie als Folge des gehemmten Vorstellungsmechanismus, ausserdem nach Westphal, wie oben erwähnt, als weitere Quellen der Angstempfindung den Inhalt solcher Vorstellungen und ihr zwangsweises absolutes Beherrschen des Bewusstseinsinhalts. Endlich können auch im Gefolge von Zwangsvorstellungen auftretende Zwangshandlungen Emotion erzeugen. Diese Störung im Empfindungsleben ist eine nie fehlende, naturnotwendige, eine wesentliche Eigenschaft der Zwangsvorstellungen.

Westphal unterscheidet ferner Fälle, in denen blos theoretische Zwangsvorstellungen vorkommen, ohne Handlungen im Gefolge zu haben, sodann solche Fälle, in denen die Kranken infolge ihrer Zwangsvorstellungen zu Zwangshandlungen genötigt wurden. Endlich nimmt er solche Fälle an, bei denen eine noch unmittelbare Verknüpfung zwischen Vorstellung und Willensimpuls besteht, bei denen vorzugsweise ein impulsives Element in Mitwirkung tritt. Er betrachtet alle 3 Arten des Vorkommens als Glieder einer Kette, von denen die Fälle letzterer Art sehr selten seien. Dem gegenüber bemerkt Wille, es mögen wohl die meisten Fälle dieser Art als theoretische Zwangsvorstellungen beginnen, es dürften aber nur wenige Fälle in diesem ersten Stadium sich erhalten. Allerdings auch diejenigen Kranken mit Zwangshandlungen haben dazwischen wieder Zeiten, wo sich keine solche zu den Zwangsvorstellungen gesellen, wo die Kranken soviel vermögen, dass die letzteren keinen Einfluss auf ihr Handeln ausüben. Dagegen sind die Kranken nicht allzu häufig, die diese Kraft immer besitzen, oder bei denen die Zwangsvorstellungen eine so geringe Intensität besitzen, dass sie immer nur sich im Anfangsstadium bewegen. Denn Vorstellungen von solcher Intensität und Dauer, wie sie die Zwangsvorstellungen sind, werden notwendig schliesslich durch die aufs Höchste gesteigerten centralen Spannungen zu Irradiationen auf andre cerebrale Centren führen müssen.

Je nach dem Inhalte der Zwangsvorstellungen ist natürlich die resultierende Zwangshandlung sehr verschieden.

Zwangshandlungen sind meist die logische Folge der Zwangsvorstellungen. Die Kranken müssen gewisse Handlungen ausführen, gewisse Situationen schaffen oder verhindern, weil die Vorstellung, dadurch etwas Schädliches verhindern oder vorbeugen zu müssen, sie dazu zwingt. Es handelt sich also um sekundäre, erst aus den Zwangsvorstellungen entstandene Zwangshandlungen. Dahin gehört das Berühren und Stellen der Gegenstände, bestimmte immer wiederholte Bewegungen und Handlungen mystischen Charakters, das Zählen, Manipulieren mit Worten, Begriffen und so weiter, ferner das Händewaschen bei Vorstellung des Schmutzes (Mysophobie) und das Wiederholen der Handlungen bei Folie du doute. Nicht entschieden genug kann betont werden, wie zwingend Zwangsvorstellungen sind, obwohl sie von dem Betreffenden als krank anerkannt werden. Patient ist hierin weit wehrloser und widerstandsunfähiger als ein Paranoiker gegenüber seinen Wahnideen. Nicht überall aber scheinen die Zwangshandlungen als sekundäre aufzufassen zu sein, sie können auch gelegentlich in dem Sinne freiwillige sein, als der Kranke durch sie den Zwang der Gedanken oder die Hemmung zu durchbrechen versucht. Wenn dem Kranken sich Wortklang oder Erinnerungsbilder von Melodien aufdrängen; so fühlt er zugleich auch den Drang oder Zwang, die bezüglichen Worte auszusprechen oder die Melodie mitzusummen. Zu dem Zwangsdenken kommt das Zwangsreden hinzu. Nicht selten übersieht der Kranke das Zwangsdenken vollständig über dem Zwangsreden und erzählt, dass ihm immer unwillkürlich Worte auf die Zunge kämen. Dann scheint die Zwangsvorstellung ganz auf das motorische Gebiet der Sprache beschränkt. Doch ist aus manchen Gründen wahrscheinlich, dass auch in diesen Fällen das akustische Wortbild mit erregt wird. Die Vergesellschaftung der Koprolalie und Echolalie mit der Maladie des tics convulsifs, das heisst eine Neigung zum unwillkürlichen Nachsprechen von gehörten Worten, sowie eine Neigung zu unwillkürlichen koordinierten Bewegungen der Gesichtsmuskeln (Grimassieren) ist eine Folge dieses Zustandes.

Die die Zwangsvorstellungen begleitenden Gefühle innerer Unruhe und Erregung, aber auch der Unbehaglichkeit und des Druckes können sich zu äusserer Unruhe und zu ängstlichen Empfindungen steigern, die beide allmählich oder plötzlich in einen Zustand von heftiger motorischer Aufregung und intensiver Seelenangst sich verwandeln, und diese Angstzustände dauern so lange, bis an Stelle der Zwangsvorstellungen Zwangshandlungen getreten sind. Mit Eintritt der Handlungen werden die Kranken ruhiger und von normaler Stimmung, das heisst, es lösen sich die Hemmungen. Leisten sie von sich aus den innern Antrieben erfolgreichen Widerstand oder wird dem Kranken von aussen von ihrer Umgebung aus in diesem Stadium hindernd entgegengewirkt, steigern sich Aufregung und Angst in einem Grade, dass es zu Bewusstseinsstörungen, Delirien, aber auch zu Krämpfen bei einzelnen Kranken kommt. Diese Steigerungen können so scharf gegen die bessere Zeit abgegrenzt und so intensive und plötzliche sein, dass sie die Bezeichnung von Anfällen verdienen. Thomsen vergleicht diese Zustände mit den psychischen Anfällen bei Hypochondrie. Krafft-Ebing nennt sie Paroxysmen, Wille und die Franzosen Krisen. Dass diese Anfälle sich mit körperlichen Symptomen verbinden können, haben schon die obengenannten Autoren hervorgehoben. Thomsen betont, dass in diesen Anfällen der Sturm der Vorstellungen, der intensive Zwang das Wesentlichste ist, dass in denselben das Bewusstsein des Krankhaften, das Darüberstehen des Kranken über seinen Vorstellungen verschwinden kann, während es vorher und nachher vorhanden ist. Die Besinnung ist dabei nicht aufgehoben, wenn auch ein Verwirrtheitsgefühl nicht ausgeschlossen ist. Dass innerhalb eines solchen Anfalls die Einsicht verschwindet und die Zwangsvorstellungen dem Kranken als sein selbständiges freies Denken erscheinen, muss als mit der Diagnose der Zwangsvorstellungen vereinbar bezeichnet werden. Auf den Anfall folgt ein Zustand von Erschöpfung und Depression, der zuweilen eine wirkliche Melancholie vortäuscht, wenn er längere Zeit anhält.

Kommen wir nun zu den körperlichen Begleiterschei-

nungen der Zwangsvorstellungen, so haben wir uns zunächst mit den Zwangsbewegungen im motorischen Sinne zu beschäftigen.

Die Tourettesche Krankheit, die Maladie des tics, kann unzweifelhaft, wie oben gesagt, auf Zwangsvorstellungen beruhen, also von Muskelkrämpfen ganz unabhängig sein. Ebenso wenig ist dann von Chorea oder Inkoordination die Rede, sondern es handelt sich einfach um eine konkludente Zwangshandlung auf motorischem und sprachlichem Gebiet. (Schlagen und Koprolalie). Ob die gleichzeitigen heftigen Bewegungen im Gesicht, in der Zunge und in den Beinen Mitbewegungen sind, bleibt dahin gestellt, doch wird es von Thomsen als wahrscheinlich bezeichnet.

Der Tic convulsif ist jedenfalls ein häufiges somatisches Symptom der Zwangsvorstellungen und zwar anscheinend häufig rechtsseitig. Es scheint auch, als wenn die motorische Störung gelegentlich einmal als motorische Hemmung beim Schreiben auftreten kann. Störung des Schlafs und der Verdauungsorgane, sowie Migräne sind häufig, auch fällt die häufige Klage über Parästhesie im Leibe, im Rücken, am Herzen und so weiter auf, als dass es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen handelte. Dass die Anfälle von besonderen somatischen Symptomen eingeleitet oder begleitet sein können, haben wir noch zu erwähnen. Ohrensausen, Flimmern, Wallungen zum Kopfe, Erbrechen, Würgen, Durchfälle, Herzklopfen, heftiges Zittern, Schweissausbruch, Tachykardie und Arrhythmia cordis wurden beobachtet, auch dass ähnliche Symptome auftreten bei Versuchen, die Zwangsvorstellungen gewaltsam zu durchbrechen.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist sehr mannigfach. Die Beziehung auf das Ich fehlt sehr selten. Fast ausnahmslos ist der Inhalt ein ganz trivialer oder ausgesprochen unangenehmer. Angenehme Zwangsvorstellungen im Sinne einer Grössenidee sind sehr selten. Nach Westphal ist der Inhalt meist ein absurder, in keinem nachweisbaren Zusammenhang mit dem früheren Vorstellungsinhalt, daher den Erkrankten unbegreiflicher, ihm wie aus der Luft angeflogener. Zuweilen ist der Inhalt ein gleichgül-

tiger, nicht selten ein obscöner. Nach Wille ist der Charakter der Absurdität, das dem früheren Vorstellungsinhalte Widersprechende, das damit Zusammenhangslose keine gerade die Zwangsvorstellungen charakterisierende Eigenschaft. Gerade die so häufig auftretenden Zwangsvorstellungen, die das Waschen der Befallenen veranlassen, die ihnen stets etwas als vergessen, unterlassen, mangelhaft ausgeführt erscheinen lassen, also das delire du toucher, die folie du doute, wie sonderbar sie an sich als Gewohnheit erscheinen, sie entsprechen doch dem früheren Bewusstseinsinhalte. Rühren sie ja meist von Leuten her, die von je, von ihrer ersten Jugend an, an einem extremen Ordnungs- und Reinlichkeitssinn litten, denen nie etwas gut genug war, was sie ausführten, die immer in allem unschlüssig und von Zweifeln geplagt waren und so weiter. Eine nicht unbedeutende Rolle spielen die Zwangsvorstellungen über körperliche Verhältnisse, z. B. dass der Körper diese oder jene Eigenheit irgendwo trage (Schiefstand, Ungleichheit der Körperhälften, der Zähne u. s. w.), die dann teils einen hypochondrischen, teils einen sexuellen Charakter haben, jedoch scheint eine wirkliche Hautsensation ebensowenig vorhanden zu sein, wie eine Hyperaesthesie. Wieder andere sind nicht absurd, sondern sie sind einfach falsch, entsprechen den Thatsachen nicht, könnten aber im allgemeinen wohl wahr sein. Der Inhalt ist für das Wesen einer Zwangsvorstellung ganz gleichgültig.

In Betreff des Inhalts kann man zwei Gruppen unterscheiden:

a. Kranke mit ihrem Inhalte nach absurden, widersinnigen oft ganz tollen Zwangsvorstellungen und
b. Kranke mit ganz natürlichem, verständigem, einfach falschem Inhalte ihrer kranken Vorstellungen.

Speziell für die an eine bestimmte Empfindung angelehnten Zwangsvorstellungen hat man eine grosse Zahl spezieller Bezeichnungen je nach dem besonderen Inhalte aufgestellt. So fasst Magnan unter den Namen: „Vorübergehende Zufälle bei Entarteten“ eine grosse Anzahl solcher Störungen zusammen. Er unterscheidet:

1. Zweifelsucht;
2. Berührungsfurcht, Spitzenfurcht (Aichmophobie);
3. Namenfurcht (Onomatomanie)
   a) ängstliches Suchen nach Namen und Worten,
   b) Besessenheit durch ein Wort und Hang es zu wiederholen,
   c) Furcht vor blosstellenden Worten,
   d) schützender Einfluss eines Wortes,
   e) Verschlucken eines Wortes.
4. Zahlenfurcht (Arithmomanie)
5. Echosprechen und Koprolalie;
6. übermässige Liebe zu Tieren;
7. a) Dipsomanie,
   b) Sitiomanie,
8. a) Kleptomanie und -phobie;
   b) Oniomanie;
9. Spielsucht;
10. Pyromanie und -phobie
11. Antrieb zu Mord und Selbstmord;
12. Geschlechtliche Abweichungen und Verkehrungen;
13. Platzfurcht und Furcht vor geschlossenen Räumen;
14. Abulie.

Bei einem Individuum, das an Zwangsvorstellungen leidet, findet man gewöhnlich mehrere dieser Störungen vereinigt vor.

Das klinische Bild der als Zwangsvorstellung charakterisierten Erkrankung, das sogenannte Zwangsirresein verläuft gewöhnlich in typischer Weise. Zunächst kann es zur Entwicklung einfacher Zwangsvorstellungen, die sich dem Kranken gegen seinen Willen aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Gedankenverlaufs beeinträchtigen, kommen. Die Kranken befinden sich bestenfalls physisch anfänglich vollkommen wohl. Die Ungereimtheit und Unsinnigkeit solcher aufdringlichen Gedanken sehen sie ein, können dieselben aber nicht bannen. Dann schreitet die Krankheit sehr langsam und allmählich oder auch sprungweise weiter mit Exacerbationen, die den Zustand unerträglich machen können, oft durch Ruhepausen

unterbrochen, die von langer Dauer sein können und unter Umständen eine vollständige Genesung vortäuschen. Die Ideen können dieselben bleiben oder wechseln; in weiterer Folge verbinden sie sich infolge ihrer Intensität mit den entsprechenden Handlungen, die der Kranke je nach ihrem Inhalt abscheulich oder lächerlich findet. Er wird gegen sich misstrauisch, bezweifelt seine Wahrnehmungen und wird gegen seine Umgebung verschlossen und eigentümlich. Steigert sich seine Angst, so sucht er ärztlichen Rat, lässt sich von ihm Nahestehenden auch Fremden über seine thörichten Ideen beruhigen, um im nächsten Augenblick wieder daran zu zweifeln. So geht es fort, bis die Kranken sich vollständig von der Welt abschliessen, den Kampf mit dem eigenen Ich aufgeben, zu Verbrechern oder Selbstmördern werden oder in einen Zustand geistiger Stumpfheit verfallen, sich nur mit sich selbst und ihren krankhaften Ideen beschäftigen.

Forensisch ist diese Störung von höchster Bedeutung, da eine grosse Anzahl dieser Kranken im höchsten Grade gemeingefährlich werden können, und man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man eine Anzahl von Verbrechen und psychologisch unerklärlichen Selbstmorden auf Rechnung dieser Erkrankung setzt. Die Diagnose ist gewöhnlich leicht, jedoch kann es in manchen Fällen recht schwer werden, Zwangsvorstellungen von Wahnideen zu unterscheiden. So hat Näcke darauf aufmerksam gemacht, dass viele Krankengeschichten der Franzosen mit „obsessions“ in Wahrheit nur Wahnideen und keine Zwangsvorstellungen sind, daher die Franzosen auch viel mehr Obsessionisten auch im Gefängnis sehen als wir. Nicht wenige Fälle leichter Manie oder periodischer Melancholie werden französischerseits als Beispiele von echter Obsession hingestellt.

Die Prognose ist bei ausgebildeten Fällen immer absolut schlecht; von irgend einer Therapie ist bisher kein Erfolg gesehen.

Der grossen Reihe von Fällen, die in den letzten Jahren über diesen Gegenstand veröffentlicht worden sind,

noch einige anzufügen, die in gewisser Beziehung wohl einiges Neues enthalten, sei uns in Folgendem gestattet.

Erster Fall.

O. T. aus L., Sohn eines Schuhmachermeisters, entstammt angeblich gesunden Eltern; 2 Geschwister starben an Meningitis, Näheres ist über seine Familienverhältnisse nicht bekannt. Mit 8 oder 9 Jahren erkrankte er lange und heftig an Scharlach und Diphtherie; nach Angabe des Vaters hatten ihn die Aerzte aufgegeben mit dem Bemerken, dass, wenn er gesund werden würde, er wohl etwas zurückbehalten würde. Ein Jahr später bekam er einmal nach einer freudigen Erregung — sein Vater hatte ihm einen Hund gekauft, worüber er so in Entzücken geriet — Krämpfe mit Zuckungen in Gesicht und Extremitäten, welche eine Stunde anhielten und allmählich nachliessen; später hat er sie nie wieder gehabt. Als Kind war er schwächlich und schon immer leicht erregbar. Mit 6 Jahren kam er auf die Volksschule, blieb dort bis zu seinem 14. Lebensjahre; dann hatte er zwei Jahre lang Unterricht bei einem Privatlehrer, nebenbei arbeitete er in der Werkstätte seines Vaters. Nach dem 14. Lebensjahre entwickelte er sich gut, konnte aber keinen bestimmten Beruf ergreifen, da ihm nichts recht behagte. Vom 15. Jahre an ist Patient von einem Gesellen zur Masturbation verleitet worden, will sie aber bald wieder aufgegeben haben. Mit Frauenzimmern hat er noch nicht verkehrt, giebt aber an, eine grosse Neigung dazu zu haben. Im 17. Lebensjahre wollte er Soldat werden, liess sich von mehreren Militärärzten untersuchen und wurde für gesund befunden, da er sein Leiden bei der Untersuchung zu unterdrücken verstand. Jedoch schon nach 8 Wochen wurde er als dienstuntauglich entlassen wegen seiner Unfähigkeit, den Kopf still zu halten. 1895 hielt er sich 15 Wochen wegen seines Zustandes im Sonnenburger Johanniter-Krankenhause auf, überwarf sich mit seinem Vater und ging zu seinem Onkel nach Berlin, der 1896 ihn im 21. Lebensjahr in die Charité schickte.

Das physische Befinden des Patienten ist ein relativ gutes; Reflexe sind normal vorhanden, kein Tremor und keine Sensibilitätsstörungen, Bewegungen werden sehr hastig ausgeführt. Er giebt an, er sei nervös und habe grosse Angstanfälle und Erregungszustände, in denen er sich gegen Personen und Sachen vergriffe. In der Ohrenklinik wurde eine Otitis media acuta festgestellt.

Mit dem 7. Lebensjahr zeigten sich die ersten Anzeichen seiner Krankheit. Patient fing an, sich über seine Aermel zu ärgern, sie seien ihm zu lang und er musste sie häufig hochstreifen. Gleichzeitig ist Zwang aufgetreten, beim Lesen die Interpuktionszeichen zu beachten. Weiterhin die Neigung, die Interpunktionszeichen ansehen zu müssen. So musste er z. B. einen Punkt 7 oder 9 mal ansehen, ehe er weiter lesen konnte. Auch hatte er den Zwang, Gegenstände ins Auge zu fassen und immer wieder ansehen zu müssen. Unwillkürliche Bewegungen in Arm, Fuss und Kopf sind damals viel lebhafter gewesen, bald Füsse, bald Arme mehr beteiligt. In der Schule habe er gut gelernt, sei aber durch seinen Zustand am Arbeiten etwas behindert worden. Im ganzen hat sich der Zustand des Patienten unwesentlich verändert, er glaubt, dass es jetzt schlimmer sei. In dem Vordergrunde der Erscheinungen steht jetzt der Zwang, Gegenstände und Personen in gewissen Stellungen, unter gewissen Bedingungen, in einer bestimmten Anzahl von Malen ansehen zu müssen. Meist handelt es sich um die Anzahl 9, früher 5 oder 7.

Wird Patient verhindert derartige Aufgaben zu lösen, so überkommt ihn ein grosses Missbehagen, er wird zerstreut oft bis zur Verwirrtheit. Er sitzt in solchen Augenblicken steif und starr da; es ist ihm unmöglich sich zu sammeln und einen andern Gedanken zu fassen. Wird durch eine äussere Veränderung die Erfüllung einer derartigen Aufgabe unmöglich, so muss Patient die Aufgabe im Sinne behalten, um bei eventueller Wiederholung der ersten Konstellation dieselbe wiederholen zu können. Eine gewisse Erleichterung tritt ein, wenn die Konstellation eine derartige war, dass eine Wiederholung unmöglich ist.

Eine grosse Anzahl der ungelösten Aufgaben behält Patient im Gedächtnis. Früher notierte er sie sich und er hat ein Verzeichnis von ungefähr 100 Aufgaben zu Hause liegen. Es besteht ausserdem eine gewisse Furcht, solche Aufgaben zu vergessen und ungelöst zu lassen, die schlimmsten und schwierigsten habe er beständig im Gedächtnis. Weiterhin besteht der Zwang, Personen und Gegenstände, mit denen der Patient unwillkürlich oder willkürlich in Berührung kommt, eine Reihe von Malen zu berühren, meist 9 mal. Es müssen die Berührungen weiterhin eine ungerade Zahl ergeben, dass er Personen, die er bereits 9 mal berührt hat, für gewöhnlich 2 mal berührt. Wenn es nicht anders möglich, ist er auch mit zweimaliger Berührung zufrieden. Aehnlich benimmt er sich bei kleineren Gegenständen, die er 9 mal aufnehmen und hinlegen muss, so dass Aufnehmen und Hinlegen hörbar wird.

Weiterhin sind die Aufgaben derartig, dass Patient verschiedene Gegenstände (Punkte) abwechselnd betrachten muss, meistens auch 9 mal.

Diese Aufgaben werden oft dadurch kompliziert, dass während der Zeit ihrer Lösung gewisse Bedingungen erfüllt sein müssen. Es kommen dabei in Betracht: Anwesenheit von bestimmten Personen, Auftreten bestimmter Geräusche u. s. w.

Beispiele von Aufgaben:

Patient sieht in der Küche einen Mann mit einer Brille. Er muss denselben 9 mal ansehen in bestimmten Zwischenräumen. Ehe er dieses ausführen kann, hat der Mann die Brille abgesetzt; Patient kommt dadurch in die oben geschilderten Zustände. Patient muss im Zimmer eine Tafel und einen Spiegel abwechselnd ansehen (9 mal), es müssen während dieser Zeit die Anzahl von Personen im Zimmer bleiben. Die Vollendung der Aufgabe ist unmöglich, wenn einige sich entfernen. Patient sieht einen andern Patienten im Garten zwischen zwei Bäumen stehen; er muss beide Bäume und zu gleicher Zeit den Patienten im Auge haben und 9 mal hinsehen. Letzterer entfernt sich vorher jedoch, und der Patient muss nun in der

folgenden Zeit aufpassen, ob sich diese Konstellation nicht wiederhole.

Andere Aufgaben, die ihn veranlassten, nach L. zurückzukehren, um sie auszuführen, finden sich im folgenden Verzeichnis, welches der Vater des Patienten mit andern Papieren an ihn schickte. Es sind ca. 130 einzelne Dinge, welche er, um sie nicht zu vergessen, in dieser Kürze aufnotierte.

1. Blume Karl
2. Gutermann
3. Seydel
4. Weiss
5. Radieschen
6. Frau Grundmann
7. Karl Grundmann
8. Seydel
9. Braun
10. Kühn
11. Frau Schüller
12. Liesbeth Blume
13. Weisses Kind
14. Schultz
15. Papa klopfen
16. Sohle nageln
17. Papa und Mama
18. Papa
19. Weisses Kleine
20. Metzlaff
21. Förster
22. Pommer
23. Samen 8 mal
24. Stürmen
25. Hausmann
26. Brotkurste
27. Fenster
28. Steppen
29. Mittwoch Abend
30. Wilhelm Blume
31. Pirol
32. Frau Grundmann alt

Näheres über einzelne von diesen Aufgaben.

ad. 1. Es handelt sich darum, einen Bekannten an einem Fenster eines Tanzlokales zu sehen.

ad. 3. S., Kaufmann, steht in seiner Ladenthür mit offener Weste. Muss gesehen werden unter der Bedingung, dass mit den Füssen bestimmte Bewegungen und mit den Augen ein bestimmter Blick vom Patienten ausgeführt wird.

ad. 5. Muss einen Teller, auf dem Radieschen lagen, klopfen, und den Teller bewegen; während dessen ging der Vater aus; dieser konnte dabei anwesend bleiben.

ad 14. Beim Schliessen einer Thür kamen 8 Geräusche zustande; Patient hatte das Bedürfnis nach 9.

ad 15. Bestimmte Bewegungen und Hinsehen beim

Klopfen einer Sohle von Seiten seines Vaters unter besonderen Bedingungen.

ad 16. Beim 9. Nagel, den der Vater in eine Sohle einschlägt, bestimmte Bewegung.

ad 17. Der Vater stand im Winter am Ofen, Mutter sass dabei auf einem Stuhl; der Vater sei weggegangen, ehe Patient ihn genug gesehen. Er habe ihn nicht bitten wollen, nochmals diese Stellung einzunehmen, um ihn nicht zu belästigen.

ad 20. Patient liest, während vor dem Fenster eine Frau am Brunnen sich befindet. Er muss von einem Wort zur Frau sehen, dann zurück zu dem Wort und so weiter 9mal. Doch habe die Frau sich vorher entfernt; zu gleicher Zeit musste der Vater im Zimmer an seinem Papier beschäftigt sein.

ad 26. Beim Abendbrote blieb eine Brotkruste übrig; an diese hatte er sich „gefesselt". Er musste dieselbe mehrmals aufnehmen und hinlegen; der Vater musste im Zimmer sein und am Tisch sitzen. Vater stand auf und wollte sich nicht wieder hinsetzen. Patient, erregt, zog sich auf den Boden zurück.

ad 28. Vater beim Steppen im Nebenzimmer beschäftigt. Der Patient musste während der Zeit 9mal mit den Füssen auftreten. Der Vater aber hörte vorher auf.

ad 29. Der Patient muss an einem Mittwoch Abend von einem Ende der Stadt bis zum andern gehen.

ad 31. Er hört einen Pirol 8mal pfeifen und muss ihn nochmal hören.

ad 32. Frau G. (alte) habe er in bestimmter Jacke, an bestimmtem Orte durch eine gewisse Fensterscheibe gesehen. In diese Frau habe er sich „besonders häufig versehen". Einmal habe sie gehustet, aber statt 9mal nur 7mal. Er sei damals wohl 100mal auf den Boden gegangen, wo er das Husten gehört hatte. Durch List habe er die Frau dazu gebracht nochmals zu husten. Er habe ihr gesagt, dass er nicht sicher sei, ob sie oder eine Fremde es gewesen sei. Die Frau sei darauf eingegangen.

Auch während seines Aufenthalts im Krankenhause hat Patient eine Liste von nicht ausgeführten Aufgaben angelegt. Einige derselben wurden auf Anordnung des Arztes ausgeführt, z. B. Patient setzt sich auf das Sopha, ein andrer Patient muss zur Thüre hereinkommen mit dem Gesicht nach dem Fenster zu. Patient trampelt dabei mit den Füssen und sieht nach dem hereintretenden Kranken. Patient empfindet nach der Auflösung dieser Aufgabe angeblich Erleichterung, bedankt sich bei den beteiligten Persönlichkeiten. Das 9mal Hinsehen, das bei den meisten Aufgaben eine Rolle spielt, tritt äusserlich nicht in Erscheinung. Patient bewegt weder dabei die Bulbi, noch blinzelt er mit den Augen, behauptet nach Verlauf einiger Sekunden 9mal hingesehen zu haben.

Für das Gebundensein an bestimmte Gegenstände gebraucht Patient folgende Ausdrücke: „Er habe sich versehen in," „Er sei hacken geblieben an," Er habe sich gebunden an".

Zu Hause belästigte er durch seine Zwangsvorstellungen seine Verwandten in unangenehmster Weise. So mussten sie entweder stehen oder sitzen bleiben, viel sprechen oder still sein, viele Sätze sagen, von denen der letzte eins von den Worten: sehen, nehmen, geben, leben zum Schluss haben musste. Sprach nämlich jemand, wenn Patient arbeitete, so bildete letzterer sich ein, dass der Satz mit einem Wort, in dem kein a, o oder u vorhanden sei, enden müsste. Geschah dies nicht, so fing er an unruhig zu werden und gab sich nicht eher zufrieden, als bis dies geschehen war. Er selbst sprach ebenfalls so, auch musste er manchmal ein „leicht" oder „gewiss" in jeden Satz einschieben oder in einen Satz ein Wort 4 bis 7 bis 9mal hineinbringen oder wieder eine ganz eigentümliche Satzstellung anwenden. Beim Schreiben trat dies noch häufiger in Erscheinung. So musste er gewisse Worte unterstreichen, gewisse Zeichen wie Kreuze und dergl. mitten in irgend einem Satz hinzeichnen, oder er stach so lange mit der Feder auf das Papier, bis dieses ganz durchlöchert war, bald stehen die Worte über, bald unter der Linie,

bald quer regellos durcheinander. Dabei besitzt Patient eine schöne Handschrift, er schreibt deutlich und ziemlich richtig, sowohl was Satzstellung als auch Rechtschreibung anbetrifft, jedoch nach wenigen Sätzen geht es allmählich in immer unleserlichere Zeichen über, die Worte tanzen untereinander, untermischt mit Klexen, Strichen und sinnlosen Worten. Hat sich Patient wieder etwas beruhigt, so schreibt er sehr häufig als Entschuldigung: „Sie sehen, dass ich heute sehr krank bin“ oder Krankheit hindert mich an Satzstellung.“

Im Sonnenburger Krankenhause hatte Patient andere Zwangsvorstellungen. Er musste damals mit dem Fingernagel eine gewisse Anzahl mal kratzen und dabei einen gewissen eingebildeten Ton hervorbringen, entweder auf Papier oder an der Wand oder im Gesicht, so dass er sich in einer Nacht die ganze Stirn und Nase durchgerieben hatte, oder er musste mit den Zähnen klappern oder schlucken, bis er keinen Speichel mehr im Munde hatte und ihm der Hals heftig schmerzte. Diese Erscheinungen sind jetzt ganz in den Hintergrund getreten.

Auch seine sexuelle Sphäre ist bei seiner Krankheit stark beteiligt. Nachdem Patient angeblich das Onanieren aufgegeben haben will, sind bei ihm häufig nächtliche Pollutionen bisweilen 4- bis 5mal nachts eingetreten. Er schreibt darüber in einem Brief ausführlich: „Meine schwerste Einbildungskrankheit besteht darin, dass ich seit etwa 3 Jahren auf das Abgehen von Samen harre und dabei die einzelnen Rucke (er meint damit die Kontraktionen des Bulbocavernosus beim Ausschleudern des Samens) zählen muss, früher war es 9, jetzt geht es nur 8. Bei diesem letzten Mal wollte und will ich immer also die 9 Rucke bei dieser Gelegenheit zählen und vom letzten Rucke ab, weil ich in früheren Jugendjahren an die vielmals von mir verwünschten Weibsleut gedacht, nie wieder an solche denken“ u. s. w. Etwas später schreibt er: „Leider bin ich wieder beschäftigt mit Samenangelegenheiten. Seit ich auf der Ohrenstation bin, ist es mir schon ungefähr 8 bis 9mal passiert. Könnte mich das vielleicht

schwächen? Ich habe dabei Einbildungen, z. B., dass hier in Berlin mir das eine bestimmte Anzahl mal z. B. 9mal passieren wird, jedoch sind es bereits zwölf bis zehnmal. Jedesmal fühle ich mich aufgeregt nach diesem Vorkommnis, auch matt und schwach, und doch lässt es mir keine Ruhe. Könnte ich vielleicht eine Krankheit dadurch bekommen? Ich hörte schon öfter von Tripper" u. s. w.

Ueber sein subjektives Gefühl bei diesen Zuständen äusserte er sich mehrfach in sehr anschaulicher Weise wie folgt: „Ich bin meiner Ansicht nach sehr nervös, denn ich meine es könne dies vielleicht herrühren, da ich sehr häufig an Samenverlust leide, es ist dies früher vor ungefähr einem Jahre fast täglich vorgekommen, jetzt gut wöchentlich. Dazu kommen meine schrecklichen Einbildungen, welche seit meinem Abgang von der Schule resp. von meinem 15. Jahre so heftig auftraten, mich in meinem Lebensberuf hinderten und bis zu meinem 19. Lebensjahre sich immer mehr steigerten, dass ich vollständig unfähig bin, etwas Bestimmtes zu ergreifen."

„Ich fürchte mich vor meinem Zappeln und Treten mit den Füssen, wenn ich früh aufstehe. Oefter, fast immer könnte ich sagen, werde namentlich, wenn ich viel Aufregung am vorhergehenden Tage gehabt, oder mich geärgert habe, gezwungen, krampfartige Zuckungen auszuführen oder Gegenstände anzusehen oder an mich umgebende Wesen zu tippen; mag es sein, was es will; bis ich, wie ich mir gerade eingebildet habe, entweder 7 oder 9 mal getastet habe. Habe ich dies gethan, so bin ich zufrieden."

„Ich bin sehr aufgeregt mitunter, dass mir das Blut in den Kopf steigt. Mit einem Wort, ich besitze wenig Energie, mich zu beherrschen. Wenn mir z. B. die Zuckungen ankommen, ist es mir nicht möglich, diesen zu widerstehen, resp. muss so lange warten, bis ich den im Auge oder in den Gliedern fesselnden Punkt oft genug gesehen oder befühlt habe. Oefters, wenn mich, wie natürlich, Sachen während meiner Zuckungen, wie Geräusche und dergl. hindern, dauert diese Periode mehrere Stunden. Während dieser Zeit kommen in der Regel noch mehr Ein-

bildungen dazu, also, dass ich ganz müde an den zuckenden Gliedern werde, so leicht aber nicht vergesse. Es ist bald schrecklich, denn ich kann mich unter vernünftigen Leuten nicht bewegen und habe auch keine Willenskraft. Allen Leuten, z. B. als ich in der Gewerbeausstellung war, fiel ich auf, durch mein öfteres Sehen von Gegenständen, Trampeln mit den Füssen beim Sitzen, Greifen mit den Händen beim Essen, öfters Hinlegen der Gabel u. s. w., also es war dies keine Erholung sondern Strapaze".

„Ich habe mich, weil es hier auf der Station erlaubt ist, öfters nach Tisch ein wenig hingelegt. Ehe ich aber kann zur Ruhe kommen, finden sich so viele Sachen, dass ich entweder erst stundenlang im Schweiss liege, ehe ich einschlafen kann, oder garnicht schlafe. Ich kann also demgemäss meine Nerven nicht bändigen. Desgleichen kommen mir die Sachen, welche ich noch nicht erledigte, wieder in Gedanken, die mich in das Unangenehmste, Verzweifelnste versetzen. Ich bin Willens und habe keinen Willen etwas anzufangen. Ich kann nicht laufen, nicht stehen, nicht gehen, ich bin zu Nichts da."

Ausser diesen Haupterscheinungen findet man bei dem Patienten noch eine Anzahl weniger auffallender Störungen. Vor allem sind es eine Reihe neurasthenischer Beschwerden, wie Eingenommensein des Kopfes, Kopfdruck, verschiedene lokalisierte Schmerzen, bald im Rücken, bald im Gesicht oder im Epigastrium, ab und zu befällt ihn auch eine furchtbare Angst bei dem Gedanken, er könne seinen Verstand verlieren. Dann zeigt er häufig eine überschwängliche Gefühlsbetonung, bei den geringsten Anlässen, und einen gänzlich unmotivierten Stimmungswechsel. So machte er in einem Briefe zuerst seinen Eltern bittere Vorwürfe, dass sie Schuld an seinem Leiden seien, weil sie ihn nicht vor den Folgen der Onanie gewarnt hätten, bald darauf verspricht er ihnen keine Schande zu machen, er wird arbeiten wollen, um reich zu werden, damit sie ein ruhiges bequemes Alter geniessen können, und ergeht sich in den herrlichsten Zukunftsträumen. In einem andern Briefe beklagt er sich über sein schlechtes Essen, die Einförmigkeit

seines Lebens, und kurze Zeit später schreibt er ihnen: er wünsche ihnen sein „kollossales Leben“, es gefalle ihm sehr gut u. s. w. Nach mehrwöchentlichem Aufenthalt verliess der Patient die Anstalt ohne merkliche Besserung seines Zustandes.

Ein zweiter Fall ist weniger durch die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder, als vielmehr durch seine Anamnese interessant. Er betrifft den 29jährigen O. G. aus B. und ist in der Poliklinik der Charité beobachtet worden.

Zweiter Fall.

Der Vater des Patienten leidet seit mehreren Jahrzehnten an anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, die früher mitunter so heftig gewesen sind, dass er jahrelang nur in Begleitung sich auf die Strasse wagte, aus Angst davor, es könnte ihm dort etwas passieren. Er ist lange wegen dieses Leidens vom Geh. Medicinalrat Fr. und Professor M. behandelt worden. Ursprünglich war der Vater Rabbiner und als Doktor der Philosophie auch Schriftsteller gewesen, hatte aber das Rabbinat wegen seiner Verheiratung mit einer Christin niederlegen müssen und war dann auch im Alter von 35 Jahren Kaufmann (Bankier und Lotteriekollekteur) geworden. Mit der Mutter des Patienten war er nur bis zum Jahre 1871 verheiratet.

Aus dieser Ehe sind 6 Kinder hervorgegangen:

1. C. G., gestorben im Alter von 32 Jahren an Schwindsucht. Er war ein zu Abenteuern neigender Mensch, ging bereits im Alter von 17 Jahren ohne jeden zwingenden Grund nach Amerika, hat nie einen bestimmten Beruf ergriffen, soll als Dichter angeblich mancherlei geschaffen haben und ging später noch zweimal nach Amerika.

2. R. G., jetzt 30 Jahre alt, Börsenmakler, ohne jedoch diesen Beruf als einzigen oder vorwiegenden zu haben. Er ging bereits im Alter von 15 Jahren zum ersten Male nach Amerika, später noch zweimal und wird von seinem Bruder als sexuell extravagant bezeichnet.

3. Der Patient O. G.

4. Ein Bruder, der im Alter von 3 Jahren an Kopfkrämpfen starb.

5 und 6. sind im Säuglingsalter gestorben. Die Ursache ist unbekannt.

Sein Vater verheiratete sich nach dem Tode seiner ersten Frau 1871 wieder und zwar mit einer Jüdin. Aus dieser Ehe ist ein Kind hervorgegangen, welches im Alter von 9 Monaten an Krämpfen starb.

Nach dem Tode dieser Frau verheiratete er sich zum dritten Male abermals mit einer Jüdin, welche dreimal abortierte und erst nach längerer ärztlicher Behandlung ein lebendes Kind gebar. Von dieser Frau ist er seit 1887 geschieden und zwar wegen Ehebruchs, wobei er als der schuldige Teil erkannt wurde. Die Mutter des Patienten starb wie oben erwähnt 1871 im Alter von 35 Jahren an der Schwindsucht. Sie soll nach Aussage einer Tante „mondsüchtig“ gewesen sein.

G.'s Grossvater väterlicherseits soll ein excentrischer Mensch gewesen sein, der sich nochmals im Alter von 72 Jahren mit einem etwa 42 Jahre jüngeren Mädchen verheiratete. Von Grosseltern mütterlicherseits ist über Krankheiten und Todesursachen nichts bekannt.

Von den Geschwistern des Vaters starb ein Bruder N. G. etwa 60 Jahre alt an Gesichtskrebs. Eine Schwester starb an Lähmung, an der sie 30 Jahre gelitten hatte. Von den Geschwistern der Mutter starben vier an Schwindsucht, während die anderen noch leben und gesund sind.

O. G. selbst hat nach seiner Schilderung eine freudlose Jugend verlebt. Nachdem er im Alter von 4 Jahren seine rechte (christliche) Mutter verloren hatte, hatte er unter der Intoleranz seiner jüdischen Stiefmutter angeblich viel zu leiden. Er besuchte bis zu seinem 15. Lebensjahre das Gymnasium, kam aber nur bis Oberquinta, da ihm besonders die Sprachen schwer wurden. Er trat dann als Lehrling in das Geschäft seines Vaters ein und blieb in diesem bis zu seinem 24. Lebensjahre. Er besorgte vornehmlich die Korrespondenz, welche angeblich 200—300 Briefe bei 14stündiger Arbeitszeit umfasste. Es ist ihm

damals nicht schwer gefallen, diese enorme Arbeit zu leisten, aber allmählich bemerkte er eine Zerrüttung seines Nervensystems. Nach eigener Angabe trieb er sich schon vom 15. Lebensjahre mit prostituierten Frauenzimmern herum und fröhnte nebenbei der Onanie. Bereits vom 16. Lebensjahre ab stellten sich bei ihm anfallsweise heftige Kopfschmerzen ein, die in Verbindung mit häufigen Pollutionen und geschäftlichen Aufregungen seiner Nervenkraft in dem Masse zusetzten, dass er in seinem 18. oder 19. Lebensjahre den verstorbenen Geh. Medicinalrat Fr. konsultierte. Dieser hat sein Leiden von vorn herein als erblich und unheilbar bezeichnet.

Später hat er der Reihe nach noch die Aerzte Friedländer, Mendel, Oppenheim, Kehlberg, Lublinski und Caspar und schliesslich noch in seiner Verzweiflung den „Naturarzt“ Kanitz konsultiert, aber alle vergeblich.

Er hat sein Leiden bis heutigen Tage behalten, während er zeitweise allerdings durch Gebrauch von Phosphorsäure, Kampfer, Antipyrin und brausendem Bromsalz Linderung seiner Leiden erzielt hat. Mit 19 Jahren passierte es ihm bei Gelegenheit eines Aufenthalts auf dem Alexanderplatz, dass er plötzlich für kurze Zeit die Gedanken völlig verlor. Es drehte sich ihm alles wie ein Wirbel im Kopfe herum, er wusste nicht, wo er sich befand, und es überkam ihn das zwingende Gefühl blindlings die erste beste Strasse entlang zu laufen. Nach etwa einer Minute kehrten ihm die Gedanken wieder, aber eine furchtbare Ermattung blieb zurück. Dieser Zustand war, so kurze Zeit er auch dauerte, so furchtbar gewesen, dass er von nun an in steter Unruhe blieb und ein Jahr den Alexanderplatz mied. Diese sonderbaren Anfälle wiederholten sich in der Folgezeit mehrmals, wobei ihm alle Gegenstände vor den Augen tanzten und er nichts genau erkennen konnte. Allmählich nahmen diese Anfälle an Heftigkeit zu und es überkam ihn bei jedem Anfall ein unbestimmtes Angstgefühl. Bisweilen nahm dasselbe einen ausgesprochenen Charakter an; er befürchtete in solchen Augenblicken überhaupt seinen Verstand verlieren zu können. Eine ähnliche Angst

überkam ihn mit unfehlbarer Sicherheit in all den Situationen, in welchen es ihm unmöglich war, sofort den Ort, welchen er gerade inne hatte, zu verlassen. Es war z. B. für ihn eine wahre Qual auf einem Schiffe zu fahren, weil von da ein sofortiges Entkommen unmöglich war. Jedes Gedränge, jede Ansammlung von Menschen vermied er peinlich. Auch im Theater musste er unbedingt einen Eckplatz innehaben, von wo aus ihm im Moment des Verlangens ein sofortes Entkommen möglich war.

Am wenigsten wurde er von diesen quälenden Zuständen geplagt, wenn er intensive Sorgen um etwas hatte. So ist er z. B. in England in jener Zeit, wo er, fast aller Mittel entblösst, besorgt um die Existenz seiner Familie und seiner selbst, das denkbar kummervollste Dasein führte, am wenigsten von diesen Anfällen geplagt worden. Deshalb suchte er einen starken Nervenreiz, z. B. eine aufregende oder sein Interesse ganz fesselnde Zerstreuung, um über diese Angstanfälle hinwegzukommen. Gegenwärtig ist seine Hauptklage der dumpfdrückende Kopfschmerz und ein fast beständiges, drückendes und kitzelndes Gefühl in der Mitte der Stirn, unmittelbar über der Nasenwurzel. Letzteres, welches durch keine Medikamente zu vertreiben ist, wurde sofort durch mässigen Genuss von Alkohol gelindert. Die Kopfschmerzen exacerbieren alle paar Tage und sind nur durch Antipyrin einzudämmen. Sie beginnen in der Regel Mittags und hören erst nach einem mehrstündigen Schlafe auf. Brompräparate, Chinin, Antifebrin, Migränin und ähnliche moderne Antifebrilia hat er alle durchprobiert, aber alle als nutzlos bei seinem Zustande erkannt. Die oben geschilderten Anfälle von plötzlichem Schwinden der Denkfähigkeit und Angst treten jetzt alle 4 Wochen auf.

Die Strassen, in denen ihm einmal ein solcher Anfall passiert ist, meidet er ängstlich für lange Zeit aus Furcht, es könne an gleichem Ort der gleiche Zustand eintreten. Sein Schlaf ist gegenwärtig ein schlechter; er wacht mehrmals in der Nacht auf und kann auch sehr schwer einschlafen. Fast regelmässig braucht er zur Förderung seines Schlafes Brompräparate und Chinin. Obwohl ihn die

Tagesereignisse lebhaft interessieren, ist er doch nicht imstande, die Zeitung zu Ende durchzulesen, weil ihm nach längerem Lesen bezw. Schreiben die Buchstaben vor den Augen tanzen und die Zeilen durcheinander laufen. Er ermüdet ziemlich leicht, kann aber auch das lange Sitzen nicht gut vertragen. Er besitzt nicht die nötige Ruhe, um eine zusammenhängende Arbeit abzufassen, deshalb beschäftigte er sich in letzter Zeit mit Adressenschreiben, aber mehr als tausend hat er an einem Tage nicht fertig gebracht.

Gegen Abend mit zunehmender Dämmerung nimmt auch sein Angstgefühl und seine Unruhe zu; dann treibt es ihn von Hause fort und es ist ihm gleichgültig, wohin er geht. In neuerer Zeit hat auch seine geschlechtliche Potenz so erheblich abgenommen, dass er höchstens alle 14 Tage den Coitus vollziehen kann, und auch danach fühlt er sich tagelang schwach.

Der Vater stellte seinen Söhnen ein sehr belastendes Zeugnis aus. Er sagte: „Mein verstorbener Sohn C. trank, spielte und lebte liederlich, auch verübte er wiederholt Unterschlagungen gegen mich. Für meine Söhne R. und O. habe ich gleichfalls viel Geld ausgegeben u. s. w.“

Patient erzählte ferner noch, dass er bei verriegelter Thür schlafe und dass er, trotzdem er wisse, dass er die Thür verriegelt habe, trotzdem noch 4 bis 5 mal aus dem Bett aufstehen müsse, um sich davon zu überzeugen; überdies sei ihm das Einschlafen unmöglich, wenn die Fenster nicht verhängt seien. Ist er allein, so überfällt ihn ein Gefühl der Traurigkeit und Schwermut, das ihm zu bannen unmöglich ist; jedoch auch in Gesellschaft überkommt ihn ein plötzlicher Stimmungswechsel, dem er wehrlos unterliegt. Er hat eine grosse Angst, irgendwo durch Versehen Feuer angelegt zu haben; so muss er jedes angezündete Streichholz in einen Aschbecher legen und es wäre ihm unmöglich, es sorglos fortzuwerfen; ist er mit einer Lampe in einem Zimmer gewesen, so muss er mehrmals wieder in dasselbe gehen und sich überzeugen, ob es dort nicht brennt. Ebenso ist er ungeheuer vorsichtig in seiner Korrespondenz; so braucht er zu jedem Brief mehrere

Couverts, da er, nachdem er den Brief geschlossen hat, den Umschlag wieder aufreissen muss, um sich zu überzeugen, ob auch das hineingelegte Schreiben das richtige war.

Patient ist ein gracil gebauter Mann in mässigem Ernährungszustande von gelber Gesichtsfarbe. Die rechte Gesichtshälfte ist kleiner als die linke. Es besteht eine Facialisparese der linken Seite und eine starke Druckempfindlichkeit der Austrittsstelle der Gesichtsnerven. Die Temporalarterien treten als geschlängelte, pulsierende Stränge an der Stirn hervor. Die Hände sind feucht und ausgestreckt zeigen sie einen mässigen Tremor. Die Haut- und Sehnenreflexe sind stark erhöht.

Beide Fälle zeigen uns ein ausgeprägtes Zwangsirresein auf neurasthenischer Basis. Als ätiologisches Moment kann man wohl bei beiden hereditäre Belastung annehmen, die zwar bei Fall I nicht absolut erwiesen ist, jedoch schon der Umstand, dass Patient schon in der Kindheit ein schwächlicher, nervöser Knabe gewesen ist, lässt doch den Schluss zu, dass der Keim der psychischen Erkrankung mit ihm auf die Welt gekommen ist.

Beide Patienten sind intelligente Personen mit einem ausgezeichneten Gedächtnis, sie haben ein ausgeprägtes Krankheitsbewusstsein, müssen aber ihren, von ihnen selbst teilweise als absurd bezeichneten Ideen nachgehen, weil sie denselben eine gewisse Bedeutung beilegen, weil sie ein unbestimmtes Gefühl der Wichtigkeit zwingt, ihren Vorstellungen nachzugeben, es ist also eine emotive Basis, auf welcher die Vorstellungen sekundär entstehen, vorhanden.

Die im Vorstehenden zusammengestellten Anschauungen kann man wohl bei dem heutigen Stande der Wissenschaft als bindend ansehen, wenn wir uns auch sagen müssen, dass die Untersuchungen über diese Verhältnisse noch lange nicht geschlossen sind.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Jolly für die Anregung zur Arbeit, den Herren Oberärzten Dr. Laehr und Dr. Henneberg für die Fälle und die Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Thesen.

I.

Bei infizierten offenen Wunden ist die Anwendung sterilisierter trockener Verbandmittel den nassen Desinfektionsverbänden vorzuziehen.

II.

Bei dem Kephalhämatom der Neugeborenen ist die Exspektativtherapie die richtige Behandlungsweise.

III.

Die Verwendung des Bauschutts zur Erhöhung des Terrains bei Neubauten ist absolut zu verwerfen.

Lebenslauf.

Verfasser, Ernst Gelinsky, ist der Sohn des Königlichen Rechnungsrats Gelinsky, geboren in Danzig am 22. Juli 1874. Das Gymnasium besuchte er in Pr. Stargard und erhielt dort am 6. September1893 das Reifezeugnis. Immatrikuliert auf der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, genügte er im 2. Semester seiner Dienstpflicht beim 4. Garde-Regiment zu Fuss, bestand am 13. Juli 1895 das Tentamen physicum in seinem 4. Semester, und am 9. Juli 1897 das Rigorosum in seinem 8. Studien-Semester.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Kliniken, Kurse und Vorlesungen folgender Herren:

v. Bergmann, du Bois-Reymond (†), Burchardt, Dilthey, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Geissler, Gerhardt, Goldscheider, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hertwig, Israel, Jolly, R. Köhler, König, Köppen, Kundt (†), v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowsky, Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Strassmann, Tilmann, R. Virchow, H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen ehrerbietigsten Dank aus.